

Santos, Elitiele Ortiz dos; Coimbra, Valéria Cristina Christello; Kantorski, Luciane Prado; Pinho, Leandro Barbosa de; Andrade, Ana Paula Müller de; Eslabão, Adriane Domingues. Equipes de referência: contribuições para o trabalho em saúde mental

Equipes de referência: contribuições para o trabalho em saúde mental

Teams reference: contributions to work in mental health

Equipos de referencia: contribuciones al trabajo en salud mental

Elitiele Ortiz dos Santos¹

Valéria Cristina Christello Coimbra²

Luciane Prado Kantorski³

Leandro Barbosa de Pinho⁴

Ana Paula Müller de Andrade⁵

Adriane Domingues Eslabão⁶

Resumo

O objetivo deste artigo é compreender a organização do arranjo equipe de referência em saúde mental na perspectiva dos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial. Realizou-se uma pesquisa de abordagem qualitativa com a utilização do referencial teórico-metodológico da avaliação de quarta geração. A coleta de dados ocorreu em 2011 e 2014 por meio de observações de campo, entrevistas semiestruturadas e grupo de reciclagem de dados com os profissionais do CAPS II de Santa Catarina. Na análise dos dados, utilizou-se a Análise Temática. Os resultados demonstram que a conformação em equipes de referência facilita um modo de trabalho interdisciplinar e de responsabilização dos profissionais pelo cuidado em saúde. Para a sustentação desse arranjo, são necessários encontros regulares no espaço das reuniões de equipe, bem como a articulação com o território por intermédio do matriciamento. A conformação em equipe de referência facilita a organização do serviço, promovendo a construção de projetos terapêuticos singulares mais efetivos.

Palavras-chave: Serviços de saúde mental. Reforma dos serviços de saúde. Assistência integral à saúde. Gestão em saúde. Equipes de administração institucional.

¹ Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre (RS), Brasil. E-mail: elitiele_ortiz@hotmail.com

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPeL). Pelotas (RS), Brasil. E-mail: valeriacoimbra@hotmail.com

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da UFPeL. Pelotas (RS), Brasil. E-mail: kantorski@uol.com.br

⁴ Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor do Departamento de Enfermagem da UFRGS. Porto Alegre (RS), Brasil. E-mail: bpinho@gmail.com

⁵ Psicóloga. Pós-Doutoranda do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da UFPeL. Pelotas (RS), Brasil. E-mail: psicopaulla@yahoo.com.br

⁶ Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS. Porto Alegre (RS), Brasil. E-mail: adrianeeslabao@hotmail.com

Santos, Elitiele Ortiz dos; Coimbra, Valéria Cristina Christello; Kantorski, Luciane Prado; Pinho, Leandro Barbosa de; Andrade, Ana Paula Müller de; Eslabão, Adriane Domingues. Equipes de referência: contribuições para o trabalho em saúde mental

Abstract

The objective of this article is to understand the organization of the mental health reference team arrangement from the perspective of the professionals of the Psychosocial Care Center (CAPS). A qualitative research was carried out using the theoretical-methodological referential fourth generation evaluation. Data collection took place in 2011 and 2014 through field observations, semi-structured interviews and group data recycling with the professionals of CAPS II of Santa Catarina. In the data analysis was used thematic analysis. The results demonstrate that the conformation in reference teams facilitates an interdisciplinary and accountability of the professionals for health care. To support this arrangement are necessary regular team meetings, as well as, the articulation with the territory through the matrix support. The formation of a reference team facilitates the organization of the service, promoting the construction of more effective therapeutic projects.

Keywords: Mental health services. Health care reform. Comprehensive health care. Health management. Institutional management teams.

Resumen

El objetivo de este artículo es comprender la organización del arreglo equipo de referencia en salud mental en la perspectiva de los profesionales del Centro de Atención Psicosocial. Se realizó una investigación de abordaje cualitativo con la utilización del referencial teórico-metodológico de la evaluación de cuarta generación. La recolección de datos ocurrió en 2011 y 2014 a través de observaciones de campo, entrevistas semiestructuradas y grupo de reciclaje de datos con los profesionales del CAPS II de Santa Catarina. En el análisis de los datos se utilizó el Análisis Temático. Los resultados demuestran que la conformación en equipos de referencia facilita un modo de trabajo interdisciplinario y responsabilización de los profesionales por el cuidado en salud. Para la sustentación de ese arreglo son necesarios encuentros regulares en el espacio de las reuniones de equipo, así como, la articulación con el territorio a través del matriciamiento. La conformación en equipo de referencia facilita la organización del servicio promoviendo la construcción de proyectos terapéuticos singulares más efectivos.

Palabras clave: Servicios de salud mental. Reforma de la atención de salud. Atención integral de salud. Gestión em salud. Equipos de administração institucional.

Santos, Elitiele Ortiz dos; Coimbra, Valéria Cristina Christello; Kantorski, Luciane Prado; Pinho, Leandro Barbosa de; Andrade, Ana Paula Müller de; Eslabão, Adriane Domingues. Equipes de referência: contribuições para o trabalho em saúde mental

Introdução

Recentemente foi aprovado o Plano de Ação Global de Saúde Mental 2013-2020, reforçando a relevância da proteção e promoção dos direitos humanos das pessoas em sofrimento psíquico e do cuidado de base comunitária com a integração entre os serviços (WHO, 2013). Esse modo de atenção em saúde mental teve início na década de 1980, com o movimento da Reforma Psiquiátrica, promovendo uma crítica radical ao tratamento asilar e garantindo práticas descentralizadas no território, tendo como eixo organizadores os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Os CAPS são serviços comunitários que prestam atendimento e cuidado clínico às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, cujo objetivo é a reabilitação psicossocial por meio de práticas de cuidado interdisciplinares e ações intersetoriais (Brasil, 2015). A expansão gradual desses serviços desperta interesse quanto aos modos de organização das equipes e a produção do cuidado, uma vez que a presença desses equipamentos não garante o cuidado pautado na atenção psicossocial.

Nesse sentido, a fim de garantir aos novos equipamentos uma possibilidade de ruptura com o paradigma asilar e propostas alinhadas aos princípios da Reforma Psiquiátrica, foram organizados diversos arranjos institucionais, tais como as assembleias, o apoio matricial, supervisão institucional, gestão colegiada, equipes e/ou técnicos de referência (Dantas & Oda, 2014).

O conceito de equipe de referência foi proposto por Campos (1999) na perspectiva voltada para a reforma das organizações do trabalho em saúde. Tem como proposta deslocar o poder das profissões e corporações de especialistas e reforçar o poder de gestão da equipe interdisciplinar. Trata-se de um arranjo que busca ampliar o compromisso dos profissionais com a produção de saúde,

facilitar a relação entre profissionais e usuários e superar obstáculos organizacionais que dificultam a comunicação entre a equipe (Campos, 1999; Campos & Domitti, 2007).

Nesse sentido, sugere-se que a organização em equipe de referência seja feita por equipes multiprofissionais responsáveis por determinado território adscrito, organizadas conforme o objetivo, responsabilidades e clientela. Além disso, propõe-se que essas equipes desenvolvam desenhos de projetos terapêuticos com um conjunto mais amplo de trabalhadores e aproximação com o usuário e a família, levando em consideração a singularidade dos casos, a disponibilidade de recursos, a possibilidade de acionar profissionais de outras equipes e o apoio matricial (Campos, 1999).

No contexto internacional, os Tratamentos Assertivo na Comunidade (ACTs) se aproximam das funções e organização de equipes de referência, na qual uma equipe multidisciplinar de saúde mental estabelece um relacionamento de suporte para o usuário no seu ambiente, favorecendo o processo de tratamento, habitação e reabilitação na comunidade. Estudos já evidenciaram a eficácia nesse modo de cuidar, pois diminuiu as reinternações e promoveu uma melhor autonomia (Bond & Drack, 2015).

Esse modo de gerir o cuidado tem sido adotado com êxito na área hospitalar do Sistema Único de Saúde, na Atenção Básica e em serviços de saúde mental (Furtado, 2007). Nos serviços de saúde mental, destaca-se sua importante contribuição para a organização do processo de trabalho e gestão da clínica na atenção psicossocial. Entre os resultados encontrados, identifica-se uma cobertura assistencial mais completa, evitando a centralização dos casos, instituindo o compartilhamento das responsabilidades e contribuindo para que os usuários ampliem seus laços com os profissionais (Chaves &

Santos, Elitiele Ortiz dos; Coimbra, Valéria Cristina Christello; Kantorski, Luciane Prado; Pinho, Leandro Barbosa de; Andrade, Ana Paula Müller de; Eslabão, Adriane Domingues. Equipes de referência: contribuições para o trabalho em saúde mental

Pegoraro, 2013; Miranda & Onocko 2010; Pinho, Souza & Esperidião, 2018).

A pesquisa de avaliação dos CAPS, realizada em 2008, demonstrou que, apesar de a maioria dos CAPS trabalhar a partir do técnico de referência, as miniequipes de referência estão sendo utilizadas em alguns serviços como dispositivos para o acompanhamento de projetos terapêuticos. Dos 1.046 (78,88%) CAPS avaliados no país, 49% trabalham a partir do técnico de referência e 31,8% com miniequipe de referência (Brasil, 2008). Entretanto, na saúde mental, há uma escassez de pesquisas científicas que busquem compreender e analisar o modo de organização em equipe de referência, dificultando a compreensão dos limites e contribuições desses arranjos para a melhoria nos processos de gestão dos serviços de atenção psicossocial. Nesse sentido, este trabalho tem como objetivo compreender a organização do arranjo equipe de referência em saúde mental na perspectiva dos profissionais de um CAPS II.

Metodologia

Este estudo apresenta dados da pesquisa de Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil (CAPSUL), de natureza avaliativa e abordagem quantitativa e qualitativa do tipo estudo de caso (Guba & Lincoln, 2011; Minayo, 2013). A pesquisa CAPSUL teve duas edições, uma delas realizada no ano de 2006 e a outra em 2011, nos estados de Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Paraná, com grupos de interesses de trabalhadores, usuários e familiares.

Utilizou-se na pesquisa CAPSUL o referencial teórico-metodológico de Avaliação de Quarta Geração, que tem como foco analisar o cotidiano do serviço, a interação entre os sujeitos do local e as construções que emergem de questões de interesse do grupo (Guba & Lincoln, 2011).

No presente estudo, trataremos dos resultados qualitativos da pesquisa CAPSUL, realizada em 2011 em um CAPS II do estado de Santa Catarina com o grupo de interesse de trabalhadores do serviço. Foi realizada a reabertura de caso desse CAPS em 2014, utilizando um método de coleta de dados chamado reciclagem de dados, sugerido na Metodologia de Quarta Geração (Guba & Lincoln, 2011).

Foi realizada a leitura na íntegra de 14 entrevistas aplicadas aos trabalhadores no ano de 2011 e de trs diários de campo com dados de 267 horas de observação a fim de identificar questões de interesse, conflitos e contradições relacionados ao processo de trabalho.

O retorno ao campo aconteceu em 2014 para reciclar os dados, cujo objetivo foi esclarecer questões que apareceram na coleta de dados das edições anteriores e que precisaram de mais esclarecimento e, principalmente, compreender as percepções e reivindicações atuais sobre o assunto em questão (Guba & Lincoln, 2011).

Durante a reciclagem de dados, foram coletadas 168 horas de observação de campo e foi desenvolvido o grupo de negociação com a presença de 17 trabalhadores. Nesse grupo, foi apresentada a análise das edições anteriores e os dados da observação de campo atual, a fim de que os trabalhadores discutissem o que havia sido analisado, com opiniões, posições e observações que considerassem necessárias. As questões discutidas se referiram ao processo de trabalho e aqui apresentamos aquele que diz respeito ao trabalho em miniequipes de referência.

A escolha do local para o presente estudo se deu em razão do seu destaque na avaliação do processo de trabalho com relação aos demais CAPS estudados na pesquisa CAPSUL. Dentre as potencialidades do serviço, chamou a atenção o planejamento das ações, a organização do processo de trabalho e a discussão diária dos casos de

Santos, Elitiele Ortiz dos; Coimbra, Valéria Cristina Christello; Kantorski, Luciane Prado; Pinho, Leandro Barbosa de; Andrade, Ana Paula Müller de; Eslabão, Adriane Domingues. Equipes de referência: contribuições para o trabalho em saúde mental

saúde no espaço das reuniões de equipe e miniequipes.

A análise dos dados do presente estudo utilizou a análise temática que incide em três etapas: leitura e ordenação do conjunto das informações obtidas nas entrevistas e diário de campo; agrupamento dos núcleos de significados, por meio de uma leitura exaustiva das falas; interpretação do material a partir do referencial teórico do processo de trabalho (Minayo, 2013). Tendo como fonte o material coletado em 2011 e 2014, agruparam-se as falas em duas categorias temáticas: “Organização estratégica do trabalho em miniequipes de referência” e “O trabalho das miniequipes de referência com o território”.

Nas entrevistas, a fala dos trabalhadores foi identificada com a letra “T”, e “DC” para os registros dos diários de campo, seguidas do número sequencial e o ano da coleta de dados. Os aspectos éticos foram assegurados aos participantes de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa CAPSUL teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em 2011 sob parecer nº 176/2011 e, para reabertura do caso em 2014, foi aprovada sob o parecer nº 750.144/2014.

Resultados e discussão

Organização estratégica do trabalho em miniequipes de referência

A organização do trabalho em miniequipes de referência tem como proposta superar a fragmentação das especificidades profissionais e construir uma prática de cuidado em equipe voltada para as necessidades dos usuários. Busca-se, com esse arranjo, instituir e fortalecer processos facilitadores para a formação de uma subjetividade profissional centrada na abertura para o diálogo e na capacidade de assumir compromissos com a saúde dos usuários (Campos, 1999).

No serviço estudado, as miniequipes de referência são compostas por aproximadamente cinco profissionais com formações distintas. Cada miniequipe é identificada pelo nome de uma cor e é referência para 25 a 30 usuários de determinado território adstrito da região sul do município.

Entre as atividades das miniequipes destacam-se: as reuniões de miniequipe, as reuniões de matriciamento e as visitas domiciliares. Além disso, as miniequipes são parte do arranjo de uma equipe maior. Assim, os profissionais também se organizam para dar conta de outras atividades do serviço, tais como acolhimento, atendimento individual, oficinas terapêuticas e reunião com outros serviços do território.

O serviço iniciou suas atividades em 2001 e cinco anos após os profissionais começaram a organização em miniequipes de referência. Em 2006, quando foi realizada a primeira edição da pesquisa CAPSUL, o serviço era organizado a partir do técnico de referência e, nesse período, os profissionais enfrentavam muitas dificuldades no processo de trabalho, entre elas a centralização das decisões no técnico de referência, o trabalho individualizado e a sobrecarga do profissional (Kantorski, 2007). Percebe-se que houve avanços no processo de trabalho do serviço pela implantação das miniequipes, pois há mais diálogo entre os profissionais, decisões em conjunto e corresponsabilização de todos no cuidado.

Para os profissionais do serviço estudado, a organização em miniequipes é considerada uma boa prática por facilitar a organização do processo de trabalho, favorecendo que todos da miniequipe compartilhem e se ajudem nas responsabilidades do cuidado, tais como aproximação com a família e com o território e, assim, possam discutir de forma mais aprofundada o Plano Terapêutico Singular (PTS).

Santos, Elitiele Ortiz dos; Coimbra, Valéria Cristina Christello; Kantorski, Luciane Prado; Pinho, Leandro Barbosa de; Andrade, Ana Paula Müller de; Eslabão, Adriane Domingues. Equipes de referência: contribuições para o trabalho em saúde mental

[...] sabe que uma das boas práticas, [...] ser dividido em miniequipes, isso facilita muito pra gente. É melhor do que técnico de referência, porque até na hora do PTS, quem que senta? [...] qualquer um vai sentar junto, é quem já conhece, quem já fez contato com a família, com a UBS, quem já acompanha, quem tá por dentro. (T24, 2014)

Entre as miniequipes os relacionamentos são muito bons, são discutidos casos de forma muito aprofundada. A organização do serviço em miniequipes é uma boa prática [...]. A gente se ajuda muito. (T12, 2014)

A composição das miniequipes leva em consideração a necessidade de articular profissionais de diferentes formações para potencializar as discussões sobre o PTS. O projeto terapêutico é uma estratégia de cuidado que requer continuidade, integração com o território e negociação de ações, entre usuário e equipe, voltadas para a produção de autonomia, cidadania, inclusão social, avaliando as necessidades e singularidades do usuário.

Além disso, o PTS pode ser considerado um arranjo capaz de produzir reflexão sobre as práticas de saúde e dos processos de trabalho, comprometendo os profissionais com a atenção psicossocial e qualificação das práticas no SUS. Tal proposta exige discussões, construções coletivas e ativação de recursos comunitários da rede assistencial e social de apoio. Portanto, a forma como os serviços estão organizados poderá facilitar a transposição de barreiras para a realização do projeto terapêutico singular, entre elas a fragmentação da atenção, a insuficiente participação do usuário e familiar na negociação do PTS e a ampliação de ações para além do CAPS (Vasconcelos *et al.*, 2016).

No serviço estudado, o PTS é realizado pela miniequipe que busca estabelecer o vínculo com o usuário a partir de seu ingresso no serviço. Primeiramente, o acolhimento é realizado pelo técnico do dia, um profissional responsável por realizar os acolhimentos naquele turno, sendo aquele que já identifica qual a miniequipe que será

referência a partir do território adstrito do usuário. O prontuário com as informações sobre o acolhimento é entregue à miniequipe e, em reunião geral do serviço, informações são retomadas e compartilhadas, facilitando também uma aproximação dos profissionais de outras miniequipes com o usuário.

No acolhimento, o usuário é convidado a frequentar o serviço por 15 dias para que ele e a miniequipe se conheçam e, também, para que o usuário conheça o funcionamento, a organização do serviço, e as oficinas ofertadas. Entretanto, isso depende da possibilidade do usuário, havendo uma negociação desde que não prejudique o início da terapêutica.

A miniequipe tem a responsabilidade de acompanhar o usuário mais de perto, estabelecendo relações com ele e com a família, observando com quais oficinas terapêuticas que o usuário se identifica, os vínculos desenvolvidos, interesses, necessidades e o que pode ser ofertado, estendendo o cuidado para os recursos do território:

O PTS é dividido depois desse período [...]. Depois disso, as miniequipes que são as que cuidam e que ajudam o usuário a se organizar no tempo dele aqui no serviço. [...] a gente discute em miniequipe, chama o usuário e a família, muitas vezes faz a sugestão [...] pergunta pro usuário: qual é a atividade que tu mais gosta de fazer? Às vezes não é tanto pela atividade, mais pelo vínculo com o profissional [...] isso é dinâmico, ele está sempre mudando de acordo com a necessidade e desejo do usuário. (T2, 2011)

[...] cada miniequipe são quatro integrantes, geralmente é um terapeuta ocupacional, um psicólogo em todas, um enfermeiro, a gente procura mesclar [...] pra então discutir em miniequipe como é que a gente vai fazer o plano terapêutico. (T2, 2011)

[...] o projeto terapêutico pode ser nem sempre estar aqui no CAPS, pode ser estar no SOIS, pode ser tá lá na unidade básica de saúde, por isso o matriciamento. (T1, 2014)

[...] a gente tem que sentar com ele, depois sentar em equipe, pra gente fazer essas mudanças, de acordo com o que necessita, com

Santos, Elitiele Ortiz dos; Coimbra, Valéria Cristina Christello; Kantorski, Luciane Prado; Pinho, Leandro Barbosa de; Andrade, Ana Paula Müller de; Eslabão, Adriane Domingues. Equipes de referência: contribuições para o trabalho em saúde mental

o que pode oferecer, qual interesse dele. (T16, 2014)

participou daquela conversa com ele, como foi? O que vamos fazer? (DC1, 2014)

A construção do PTS requer uma aproximação entre miniequipe de referência e usuários para que estes possam se conhecer e estabelecer vínculos. O vínculo requer tempo de aproximação da miniequipe com o usuário e um esforço em conhecê-lo, identificar quais as necessidades, possibilidades, desejos que muitas vezes não são ditos. Nesse sentido, a relação entre equipe e usuário é sempre situacional, encontrável e produzida, de forma que o vínculo é construído e fortalecido no cotidiano dos encontros (Campos, 1999).

Entretanto, entende-se que o vínculo pode ser facilitado quando há o referenciamento de um grupo populacional a uma equipe multiprofissional, possibilitando uma gestão mais centrada nos fins do que nos meios e uma definição mais precisa de responsabilidades (Brasil, 2008).

A discussão do PTS de cada usuário é feita frequentemente na reunião de miniequipe, que acontece todos os dias no horário do meio dia a uma hora, exceto nas quartas e sextas-feiras, quando acontece a reunião geral. Nas reuniões de miniequipe, há um encontro entre os profissionais do turno da manhã e os que assumirão o turno da tarde, nas quais são discutidos os casos dos usuários, os acolhimentos, havendo o compartilhamento das responsabilidades. Dessa forma, os profissionais estão sempre cientes das situações dos usuários e o PTS frequentemente é avaliado e modificado.

[...] tudo é conversado, é negociado. É por isso que tem a reunião do meio dia. [...] O usuário de manhã não quis fazer nada, está há três semanas sem fazer nada. Daí o [profissional] da tarde já dá outro parecer, é onde que a gente aproveita (T1, 2011)

Durante a reunião das miniequipes, o foco da discussão é em torno da vida do usuário, suas possibilidades, ou quais falhas que os profissionais precisam ficar atentos. Discute-se sobre as questões clínicas e pensa-se sobre as estratégias para auxiliar [...], frequentemente perguntas como: o que tu acha? Tu que

A sustentação do trabalho em miniequipes se dá pelos encontros regulares nas reuniões, pois, devido à frequência e ao horário estratégico com que são realizadas, estimulam a comunicação diária entre os profissionais, o compartilhamento de responsabilidades, avaliações frequentes dos planos terapêuticos, bem como encaminhamentos mais rápidos e oportunos para as situações. A negociação, o diálogo e a consideração pelas opiniões de outros profissionais são estratégias utilizadas que podem facilitar a relação dos profissionais e a resolutividade das situações no espaço da reunião de miniequipe.

A Portaria nº 3.088 de 2011 institui que o trabalho desenvolvido nos CAPS deve ser realizado prioritariamente em espaços coletivos, capazes de possibilitar um maior envolvimento dos profissionais na construção do Plano Terapêutico Singular. Esses espaços são considerados estratégicos na atenção psicossocial para promover discussão, reflexão, compartilhamento de informações, responsabilidades e, assim, maiores possibilidades para a construção do cuidado compartilhado e horizontalidade nas relações profissionais (Santos *et al.*, 2017a).

O diálogo entre as miniequipes também acontece frequentemente, sendo um dos espaços a reunião geral, quando há o encontro entre as miniequipes com a coordenadora do serviço. Os profissionais discutem questões administrativas, acolhimentos e o PTS de alguns usuários que a miniequipe considera necessários. Geralmente são situações sobre as quais a miniequipe está em dúvida, como casos complexos e a transferência de cuidado para outros serviços. Além disso, os profissionais participam das sugestões sobre o PTS de usuários de outras miniequipes, já que frequentemente estão em contato com eles em oficinas e outras atividades do serviço.

Santos, Elitiele Ortiz dos; Coimbra, Valéria Cristina Christello; Kantorski, Luciane Prado; Pinho, Leandro Barbosa de; Andrade, Ana Paula Müller de; Eslabão, Adriane Domingues. Equipes de referência: contribuições para o trabalho em saúde mental

A equipe aqui tem sempre uma discussão bastante interna: “olha, precisamos ver como está o fulano”, [...] a minha miniequipe é a vermelha, eu estou vendo um usuário da miniequipe azul, eu quero colocar [...] tem uma discussão bem forte. (T5, 2011)

[...] nessa reunião da grande equipe, todos juntos resolvem os assuntos pendentes [...] cada um tem seus pacientes da miniequipe [...] mas tem alguns casos que nós levamos pra grande equipe. (T9, 2011)

[...] Na reunião geral, os casos dos usuários são também discutidos, mas não com tanto aprofundamento [...]. (DC. 1, 2014)

A comunicação entre as miniequipes é muito importante para a resolutividade de questões administrativas do serviço e também para dar apoio ao trabalho das miniequipes, principalmente pela contribuição de outros profissionais no plano terapêutico singular. A participação na reunião proporciona mais segurança aos profissionais para atuarem em seu processo de trabalho, visto que facilita o entendimento sobre determinado assunto e a utilização de uma mesma linguagem nas ações do serviço. Com isso, são espaços fundamentais para que os trabalhadores organizem seu processo de trabalho, de forma a proporcionar uma assistência mais eficiente e eficaz, de forma contínua e planejada, e não apenas uma estratégia para resolver problemas (Santos *et al.*, 2017b).

Portanto, apesar de a proposta das equipes de referência facilitar o compartilhamento dos casos e troca de saberes, nem sempre elas funcionarão desse modo, pois faz-se necessário a sustentação de espaços de encontros regulares, discussões e trabalho em comum, a fim de amparar uma instância coletiva de gestão da clínica (Miranda & Onoko, 2010).

Os profissionais também mencionam alguns desafios relacionados à organização em miniequipes, entre eles não conseguir dedicar atenção aos casos de outras miniequipes, o que seria importante para ajudar a resolver determinada situação que depende de uma especificidade profissional que talvez não tenha naquela miniequipe.

Além disso, também se referem à centralização das decisões, seja no médico psiquiatra, seja quando algum profissional assume a posição de liderança na miniequipe.

[...] a minha miniequipe tem um psicólogo, uma terapeuta ocupacional e dois técnicos de enfermagem. Tem outras miniequipes que têm outros profissionais. Então, a gente não consegue dar atenção merecida aos casos de outras miniequipes e quem dá essa atenção são profissionais de outra equipe, mas que muitas vezes não tem um profissional [...], sempre falta um [...] falta um pouco dessa questão da especificidade. (T3, 2011)

[...] Tem coisas que só quem é de determinada área pode resolver, é necessário que as áreas conversem, que as miniequipes conversem. (T10, 2014)

Quando eu entrei tinha a T24 que parecia a líder da miniequipe laranja; qualquer decisão tinha que passar por ela, se não ela ficava brava. Hoje não, a gente conversa. E se alguém fizer alguma coisa que não foi discutida, a gente discute pra ver como vai fazer no próximo. Mas em algumas miniequipes eu ainda percebo isso. (T2, 2014)

[...] antes era a equipe, tinha essa de decidir, agora é só a médica. [...] antes a miniequipe tinha mais autonomia. (T1, 2014)

No modo de trabalho em miniequipes de referência, os profissionais são convocados a realizar práticas que ultrapassam o núcleo profissional. Nesse sentido, os entrevistados também valorizam a participação de diferentes profissionais na construção do cuidado, enfatizando a necessidade de uma maior aproximação entre os profissionais das miniequipes a fim de enriquecer as discussões com conhecimentos e experiências do núcleo profissional, o que se faz necessário para determinados encaminhamentos. Talvez o melhor aproveitamento da reunião de equipe para discussão de casos entre as miniequipes e/ou uma maior aproximação das miniequipes em espaços informais no serviço poderiam contribuir nesse aspecto.

De acordo com as falas, também é possível perceber que o trabalho em miniequipe de referência fica comprometido quando prevalece a decisão de algum

Santos, Elitiele Ortiz dos; Coimbra, Valéria Cristina Christello; Kantorski, Luciane Prado; Pinho, Leandro Barbosa de; Andrade, Ana Paula Müller de; Eslabão, Adriane Domingues. Equipes de referência: contribuições para o trabalho em saúde mental

profissional de forma isolada e sem que haja distribuição do poder entre os membros da equipe. Tais práticas constituem o modo asilar cuja verticalização das relações e centralização das decisões dificulta caminhos para novas práticas de cuidado em saúde mental em que os diferentes saberes profissionais são importantes para a superação das necessidades em saúde (Zambenedetti & Rosa, 2014).

Com isso, um dos desafios para executar a proposta de trabalho em equipe de referência é reconhecer a interdependência dos profissionais e serviços, o que implica em reconhecer os próprios limites, os limites da equipe e a necessidade de inventar caminhos além do saber e da competência de cada um. Superar esse desafio viabiliza a grande força motriz do trabalho em equipe de referência, cujo sucesso está fundamentado no potencial resolutivo e de satisfação que pode trazer aos usuários e trabalhadores (Brasil, 2008).

O trabalho das miniequipes de referência com o território

As miniequipes de referência desenvolvem um trabalho de articulação com o território buscando uma construção conjunta do PTS. Entre as articulações, destaca-se o matriciamento, por apresentar uma conformação diferente entre equipes e um desenvolvimento sistemático.

O Matriciamento ou Apoio Matricial busca integrar a saúde mental e a atenção básica. Consiste em um apoio técnico pedagógico para assegurar retaguarda especializada às equipes de atenção em saúde, visando potencializar a Estratégia de Saúde da Família (ESF) na construção de projetos terapêuticos para pessoas em sofrimento psíquico, uma vez que são profissionais mais próximos do território. Portanto, é um modo de produzir saúde em que duas equipes ou mais interagem num método de construção compartilhada, criando uma proposta de

intervenção pedagógica (Campos & Domitti, 2007; Brasil, 2011).

No contexto deste estudo, o matriciamento é realizado pelas miniequipes de referência junto com regionais de saúde e ESF. Regionais de saúde mental são centros de saúde que oferecem apoio psicoterápico e terapêutico ocupacional para pessoas com transtorno psiquiátrico. Contam com uma equipe de saúde mental, dois psicólogos, um terapeuta ocupacional e um psiquiatra. São quatro regionais de saúde e cada miniequipe atua com uma determinada regional, buscando proporcionar suporte em saúde mental a determinados territórios adscritos.

Para os profissionais, o trabalho de matriciamento permite um suporte para as equipes e o compartilhamento de responsabilidades. É uma estratégia de apoio mútuo entre equipes. Se, por um lado, a miniequipe de referência apoia os profissionais do território contribuindo para o fortalecimento da saúde mental na atenção básica com orientações voltadas para estratégias de redução de estigmas e atenção psicossocial, por outro lado recebe informações das situações dos usuários e apoio para fazer as transferências de cuidado do CAPS para o território, exigindo comprometimento da atenção básica.

[...] tem os encontros marcados, uma vez por mês, com a equipe de saúde que está na atenção básica e a gente vai discutindo as questões de usuários que a gente encaminha pra lá. Fica com esse monitoramento, acompanhando, e eles também mandam a contrarreferência algumas vezes dizendo como é que está a situação, se estão bem, se tem alguma intercorrência. [...], os agentes comunitários de saúde fazem um trabalho muito legal, a gente também, de vez em quando passa algumas orientações com pacientes mais pontualmente, então eles ajudam a gente, vão na casa, ligam pra gente [...] a gente vê resultado disso na nossa prática diária do serviço. (T2, 2011)

[...] a nossa equipe e as miniequipes têm conseguido de certa forma tá tirando dúvidas por conta desse preconceito e estigma que tem com os profissionais, sejam eles agente comunitário, enfermeiros que estão lidando com

Santos, Elitiele Ortiz dos; Coimbra, Valéria Cristina Christello; Kantorski, Luciane Prado; Pinho, Leandro Barbosa de; Andrade, Ana Paula Müller de; Eslabão, Adriane Domingues. Equipes de referência: contribuições para o trabalho em saúde mental

as situações que aparecem no cotidiano lá na comunidade. (T4, 2011)

[Matriciamento] é um apoiar o outro, dar suporte, compartilhar as responsabilidades. [...] o matriciamento, ele faz essa ponte, não só com os usuários, mas com a equipe. Quando você percebe que outro profissional está contigo, que vai te dar um suporte, que pode contar com ele, o nosso processo de trabalho ele melhora, a gente se sente apoiado, amparado. Então o matriciamento são essas duas vias, a gente precisa do posto, porque nós precisamos fazer as transferências de cuidados, que eles se comprometam conosco, e eles também precisam sentir que quando precisarem a gente também vai dar o apoio. (T8, 2014)

O suporte mútuo e o apoio entre as equipes é mencionado como condição importante para o matriciamento, o que consequentemente melhora o processo de trabalho das equipes e também uma construção coletiva do PTS. A miniequipe de referência, ao se sentir apoiada pelas equipes do território, tem mais segurança para o desenvolvimento de estratégias de atenção psicossocial, tais como as transferências de cuidado, quando o usuário deixa de passar para os cuidados da equipe da atenção básica com monitoramento e acompanhamento das miniequipes e regionais de saúde.

Os encontros de matriciamento ampliam os conhecimentos sobre saúde mental entre as equipes, possibilita estratégias em conjunto de prevenção à saúde mental, identificação precoce dos casos, bem como ações terapêuticas com maiores possibilidades de concretização. Nesse sentido, concorda-se com a ideia de que o apoio matricial é uma estratégia dialógica entre as equipes, de forma que os profissionais possam trocar experiências, discutir textos, refletir sobre os processos de trabalho com o intuito de melhorar o atendimento às pessoas em sofrimento (Lemes *et al.*, 2015) oferecido pela equipe de ESF e também pela equipe especializada em saúde mental

As questões relacionadas ao preconceito e estigma que envolvem os usuários com transtorno psíquico também são

trabalhadas no matriciamento, possibilitando um olhar diferenciado dos profissionais da atenção básica com a saúde mental. Tal abordagem poderá evitar encaminhamentos desnecessários, um melhor vínculo da equipe com a comunidade, facilitando que as equipes da atenção básica lidem melhor com os casos de sofrimento psíquico no território (Quinderé *et al.*, 2013).

Vale considerar também que, de acordo com T8, o matriciamento “faz essa ponte não só com os usuários, mas com a equipe”, indicando o compromisso central com os usuários. Portanto, é uma estratégia que também investe na construção de uma melhor relação com os usuários, podendo lhes garantir mais autonomia (Campos, Campos & Domitti, 2007).

As miniequipes de referência participaram do matriciamento com as regionais de saúde em 2008. Inicialmente foi um trabalho mais teórico sobre essa estratégia de trabalho e gerou muita discussão entre os membros da equipe sobre a situação do profissional se ausentar do CAPS para ir às reuniões de matriciamento. Com o envolvimento das miniequipes de referência, houve avanços nesse processo e, atualmente, está mais estruturado e organizado.

Conseguiu-se avançar na questão do matriciamento [...] depois de várias discussões e mudança, o matriciamento foi assumido pelas miniequipes e cada uma das regionais (T2,2011) [...] quando eu cheguei estavam discutindo a primeira equipe que estava saindo, [...] tinha muita discussão, de “ah, a fulana vai sair esse horário com a sicrana, e quem vai cobrir ela aqui no CAPS?” [...] esse foi o processo, porque você vê, hoje, todas as equipes saindo mais ou menos organizadas com o transporte disponível, foi muita discussão. [...] isso tem que ser pelo território, não tem outra forma. [...] vai demorar ainda, não tá formatado como é, [...] foi um trabalho primeiro mais teórico, depois um trabalho prático (T3, 2014)

[...] outra questão é o matriciamento, é a miniequipe que tem domínio, até porque a nossa memória não dá conta. (T8, 2014)

Santos, Elitiele Ortiz dos; Coimbra, Valéria Cristina Christello; Kantorski, Luciane Prado; Pinho, Leandro Barbosa de; Andrade, Ana Paula Müller de; Eslabão, Adriane Domingues. Equipes de referência: contribuições para o trabalho em saúde mental

Entende-se que o trabalho em miniequipes no CAPS facilita as articulações com o território e qualifica o matriciamento, na medida em que, ao se responsabilizarem por um número menor de usuários, conseguem se apropriar mais dos casos.

Cada miniequipe desenvolve um trabalho diferente de matriciamento, pois tem autonomia para se organizar e desenvolver ações conforme as necessidades dos usuários, as possibilidades do território e da equipe de matriciamento. Algumas miniequipes ainda fazem um trabalho mais tradicional de referência e contrarreferência, outras conseguem avançar mais, desenvolvendo ações de prevenção e reabilitação psicossocial, tais como oficinas e grupos no território.

A equipe laranja vem trabalhando o matriciamento um pouco diferente [...] vem fazendo um trabalho bem mais atuante no próprio território, de instalarem algumas oficinas, grupos, é mais avançada. As outras miniequipes, como a nossa, estão contando com a questão da referência, [...] a gente faz o matriciamento pra estar dando condições pra que eles possam estar fazendo essas oficinas, os grupos na própria comunidade. (T2, 2011)
Cada miniequipe está no aumento do matriciamento e nós não chegamos ainda; a vermelha, ela está caminhando pra isso (inserção dos usuários no território). (T6, 2011)

A organização em miniequipes de referência tem como proposta modificar a tradicional noção de referência/contrarreferência e encaminhamentos, comumente desenvolvida nos sistemas de saúde, uma vez que os projetos terapêuticos são desenvolvidos por um conjunto mais amplo de trabalhadores e o usuário não deixa de ser acompanhado pela equipe de referência (Campos, 1999; Brasil, 2011).

Com o matriciamento realizado pelas miniequipes de referência, os profissionais conseguem acompanhar e monitorar o usuário ao longo do tempo no território, permitindo que a equipe sempre esteja atualizada sobre os

casos, o que facilita também nos casos em que ele precise retornar para o CAPS.

Tem a pastinha de matriciamento, a gente anota as datas, quem compareceu, o que foi deliberado, se tem usado o que tá no território [...]. Eles trazem notícias pra nós como é que tá. Depois da reunião [de matriciamento] eu pego prontuário por prontuário de quem foi conversado e coloco as informações, por que caso o usuário volte daqui a um ano, cinco anos, então a gente tem um histórico. (T4, 2011)
[...] às vezes você vai no matriciamento e ouve falar de uma pessoa que não acessa o CAPS há cinco anos. (T8, 2014)

A divisão em miniequipes é uma das estratégias encontradas para a efetivação do trabalho territorial, uma vez que os profissionais não apenas se responsabilizam por usuários de determinado território adstrito, mas se deslocam até o território em visitas domiciliares e contato direto com os recursos da comunidade e serviços da atenção básica (Oliveira & Caldana, 2014).

Cotidianamente, os profissionais da Atenção Básica lidam com problemas de saúde mental e, por sua aproximação e vínculos com as famílias, são um recurso estratégico para cuidar das diversas formas de sofrimento psíquico. A grande demanda dos casos pode ser acompanhada nesse nível primário da assistência, o que muitas vezes não acontece e que acaba comprometendo o atendimento e acesso das pessoas com transtorno graves no CAPS (Quinderé *et al.*, 2013).

Uma das grandes dificuldades é que os profissionais não se sentem instrumentalizados para o manejo e identificação dos casos na APS, situação que pode ser mais bem trabalhada com o suporte especializado das equipes na APS (Quinderé *et al.*, 2013; Oliveira & Caldana, 2014). Diante disso, a organização em miniequipes de referência poderá facilitar a aproximação entre as equipes, ampliando as capacidades de atenção à saúde mental na atenção básica e resolutividade na atenção à saúde.

Santos, Elitiele Ortiz dos; Coimbra, Valéria Cristina Christello; Kantorski, Luciane Prado; Pinho, Leandro Barbosa de; Andrade, Ana Paula Müller de; Eslabão, Adriane Domingues. Equipes de referência: contribuições para o trabalho em saúde mental

O processo de trabalho do CAPS em estudo foi analisado em 2013 pela secretaria da saúde do município e, entre os resultados observados no relatório, chamam atenção as ações de visita domiciliar, matriciamento e transferência de cuidado, pois demonstram o compromisso das miniequipes com o cuidado no território. Com isso, demonstra-se uma organização sólida em miniequipes com ações efetivas e avaliações formais. Também observam-se articulações dessas miniequipes com os dispositivos do território a fim de garantir a proposta de alta e cuidado integral proporcionado pelas miniequipes na construção do PTS.

Considerações finais

A conformação em miniequipe de referência é uma proposta de trabalho coletivo que facilita a organização do serviço e responsabiliza os profissionais pelo cuidado em saúde, uma vez que prevê maior frequência de encontros entre miniequipes para troca de informações sobre os casos acompanhados. Dessa forma, também diminui as chances de trabalho isolado e centralização das decisões.

Observa-se, nesse estudo, que a organização em miniequipes de referência promove a construção de projetos terapêuticos mais efetivos, devido à maior participação dos profissionais, às avaliações sistemáticas, às pactuações e conexões com os profissionais do território por meio do matriciamento, visando qualificar estratégias que promovam a reabilitação psicossocial.

As discussões aqui apresentadas pretendem contribuir com os debates que envolvem diferentes modos de construir o cuidado no campo da saúde mental, considerando que a forma com que trabalhadores se organizam no processo de trabalho poderá facilitar ou dificultar as propostas de reabilitação psicossocial. Assim, tornam-se fundamentais outros estudos sobre miniequipes de referência que possam

fortalecer essa estratégia de trabalho e garantir melhores práticas de cuidado na atenção psicossocial.

Referências

- Campos, G. W. S. (1999). Equipes de referência e apoio especialização matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 4(2), 393-403.
- Campos, G. W. S., & Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Caderno de Saúde Pública*, 23(2), 399-407.
- Chaves, B. L., & Pegoraro, R. F. (2013). Contribuições do arranjo “Equipe de Referência” a um Centro de Atenção Psicossocial. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 13(3), 939-956.
- Dantas, C. R., & Oda, A. M. G. R. (2014). Cartografia das pesquisas avaliativas de serviços de saúde mental no Brasil (2004-2013). *Physis*, 24(4), 1127-1179.
- Furtado, J. P. (2007). Reference teams: an institutional arrangement for leveraging collaboration between disciplines and professions. *Interface – Comunicação Saúde Educação*, 11(22), 239-256.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (2011). *Avaliação de quarta geração*. São Paulo: Unicamp.
- Kantorski, L. P. (2007). *Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil*. Relatório Final.
- Lemes, A. G., Prado, A. C. B., Ferreira, J. M., Nunes, F. C., & Nascimento, V. F. (2015). Matriciamento em saúde mental: revisão de literatura. *Revista Eletrônica Interdisciplinar*, 1(13), 136-141. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/n/314228964_MATRICIAMENTO_EM

Santos, Elitiele Ortiz dos; Coimbra, Valéria Cristina Christello; Kantorski, Luciane Prado; Pinho, Leandro Barbosa de; Andrade, Ana Paula Müller de; Eslabão, Adriane Domingues. Equipes de referência: contribuições para o trabalho em saúde mental

SAUDE_MENTAL_REVISAO_DE_L
ITERATURA

- Bond, G. R., & Drake, R. E. (2015). The critical ingredients of assertive community treatment. *World Psychiatry, 14*(2) 240-242.
- Minayo, M. C. S. (2013). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (13a ed.). São Paulo: Hucitec.
- Ministério da Saúde (2015). *Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2011). *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2008). *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2008). *Resultado Avaliar CAPS 2008*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Miranda, L., & Onocko Campos, R. T. (2010). Análise das equipes de referência em saúde mental: uma perspectiva de gestão da clínica. *Caderno de Saúde Pública, 26*(6), 1153-1162.
- Oliveira, T. T. S. S., & Caldana, R. H. L. (2014). Práticas Psicossociais em Psicologia: um convite para o trabalho em rede. *Pesquisas e Práticas Psicossociais, 9*(2), 184-192.
- Pinho, E. S., Souza, A. C. S., & Esperidião, E. (2018). Processos de trabalho dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa. *Ciênc. saúde coletiva, 23*(1), 141-152.
- Quinderé, P. H. D., et al. (2013). Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. *Ciência e Saúde Coletiva, 18*(7), 2157-2166.
- Santos, E. O., Coimbra, V. C. C., Kantorski, L. P., Pinho, L. B., Andrade, A. P. M., & Eslabão, A. D. (2017a). Evaluation of professional participation in the team meeting of the Psychosocial Care Center. *J Nurs UFPE, 11*(Suppl. 12), 5186-5196.
- Santos, E. O., Coimbra, V. C. C., Kantorski, L. P., Pinho, L. B., Andrade, A. P. M., & Eslabão, A. D. (2017b). Reunião de equipe: proposta de organização do processo de trabalho. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental, 9*(3), 606-613.
- Vasconcelos, M. G. F., Jorge, M. S. B., Catrib, A. M. F., Bezerra, I. C., Franco, T. B. (2016). Therapeutic design in Mental Health: practices and procedures in dimensions constituents of psychosocial care. *Interface, Botucatu, 20*(57), 313-323.
- Zambenedetti, G., & Rosa, M. P. P. (2014). Descompassos da reforma psiquiátrica: a saúde mental em um município do interior do Paraná. *Desafios: Revista Interdisciplinar, 1*(1), 317-335.
- World Health Organization (2013). *Mental Health Action Plan 2013-2020*. Geneva: WHO.

Recebido em 12/05/2016

Aprovado em 08/02/2018